FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

BORIS FISSON

Né le 7 Août 1896, à COUTAÏS (Georgie)

Quelques cas d'absence totale du péroné

Président de Thèse : M. le Professeur A. BROCA

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—

1924

LE DOYEN. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS,
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
RAMI. . .	Pathologie médicale.
GLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
BERTIN. .	Pathologie médicale.
SSET. . .	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN. .	Pathologie médicale.
IET . . .	Physiologie.
NCHETIÈRE.	Chimie biologique.
ANCA . .	Histologie.
ULÉ . . .	Pathologie médicale.
SQUET . .	Pharmacologie et matière médicale.
DENAT . .	Pathologie chirurgicale.
AMPY . .	Histologie.
IRAY. . .	Pathologie médicale.
ERC . . .	Pathologie médicale.
BRÉ . . .	Hygiène.
e JONG. .	Anatomie pathologique.
VOIR. . .	Médecine légale.
ALLE. . .	Obstétrique.
SSINGER .	Pathologie médicale.
X. . . .	Pathologie médicale.
RNIER . .	Pathologie expérimentle.
RVIER . .	Pathologie médicale.
TZ-BOYER.	Urologie.
VELACQUE	Anatomie.
EUX. . .	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL .	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN. . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT. .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . .	Histologie.
PHILIBERT .	Bactériologie.
RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils .	Physiologie.
ROUVIÈRE. .	Anatomie.
STROHL . .	Physique médicale.
TANON. . .	Pathologie médicale.
TIFFENEAU .	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VERNE. . .	Histologie.
VILLARET. .	Pathologie médicale.
WELTER . .	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
MUS. . .	Phisiologie.
JGEROT .	Pathologie médicale.
ÉNIOT . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER .	Histologie.
ROUSSY. . .	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

a titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
OMBRÉDANNE	Clinique Chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
TERRIEN	Cliniq. ophtalmologiqu

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédiq chez l'adulte pour les accidents du trava les mutilés de guerre et les infirmes adulte
FREY	Stomatologie.
N	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émi dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON CHER PERE

Souvenir tendre et affectueux de sa haute conscience.

A LA MEMOIRE DE MON CHER FRERE MICHEL

A MA CHERE MERE

A laquelle j'adresse ici toute ma filiale reconnaissance avec une émotion infinie.

A MES CHERS BEAUX-PARENTS

Cette thèse me procure l'occasion de leur exprimer toute ma profonde reconnaissance pour leur tendre sollicitude et leur soutien moral qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant nos études.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

Dont la grâce et la bonté encouragèrent et soutinrent nos travaux communs.

A MON CHER FILS

A MA CHERE SŒUR

ET A MON CHER FRERE

Faible témoignage de ma reconnaissance profonde.

A MON CHER BEAU-FRERE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE A. BROCA

Professeur de clinique chirurgicale infantile
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a toujours témoigné la plus vive sollicitude et a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

A MES MAITRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, c'est pour nous un réel plaisir d'avoir ici l'occasion de remercier tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

Nous remercions en particulier Monsieur le Professeur A. Broca, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous l'a facilitée par ses précieuses indications; nous lui adressons nos respectueux remerciements pour avoir bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions MM. les professeurs P. Carnot, Jeanselme, Bar qui nous ont toujours permis l'accès de leurs services et de leurs salles de clinique. Nous n'oublierons pas leur enseignement et nous conservons parmi nos meilleurs souvenirs les preuves de bienveillance et de sympathie qu'ils nous ont toujours témoignées.

Quelques cas d'absence totale du péroné

Dans un travail récent, publié par le *Bulletin biologique de Rome et de Belgique* (1923, t. 57, par. 4, p. 401), Messieurs Rabaud et Hovelacque ont étudié en détail l'ectromélie longitudinale intercalaire unisegmentaire, c'est-à-dire l'absence d'un des os dans le segment à deux os, tel que la jambe et l'avant-bras. On trouvera dans ce travail tous les documents bibliographiques désirables, et notre but est simplement d'apporter quelques précisions sur certains faits spéciaux concernant l'absence du péroné.

D'après les relevés de Rabaud et Hovelacque, c'est la plus fréquente de ces ectromélies et les chiffres sont les suivants:

Absence	du péroné	268 cas
—	du radius	220 cas
—	du tibia	122 cas
—	du cubitus	71 cas

La statistique de M. Broca, ce dernier a d'ailleurs souvenir de quelques fiches égarées — porte sur 13 cas qui sont: trois publiés en détail dans la thèse de Dubrac (Paris 1904); 4 (une description détaillée et 3 dessins) dans la thèse de Sebag (Paris 1924); un dessin de la thèse Slovitch (Paris 1921) et 5 dans la nôtre.

Le cas de Slovitch est spécial, car, à une atrophie considérable de la jambe, s'associe une absence partielle

(extrémité supérieure) du fémur. Chez tous les autres sujets il y avait, comme unique lésion, l'absence unilatérale ou bilatérale du péroné.

Nous ferons d'abord remarquer que chez tous nos sujets il y a absence complète, alors que les autres auteurs admettent tous, que l'absence est partielle dans 1/3 ou 1/4 des cas. Il s'agit, sans doute, d'une série spéciale, mais le fait est à noter.

Aucun des *dessins* radiographiques de M. Broca ne concerne l'absence partielle.

Celle-ci porte presque toujours, parait-il, sur la partie supérieure, la malléole interne existant et se laissant repousser en dehors par le tibia: d'où obliquité en bas et en dedans de l'interligne avec valgus: c'est ce que Volkmann a appelé luxation congénitale du pied, à tort d'ailleurs. Cette difformité de Volkmann doit être spécialement attribuée aux cas de ce genre et nous croyons vicieux de généraliser le terme (d'ailleurs parfaitement inutile) en l'appliquant aux cas inverses, de développement insuffisant de l'épiphise tibiale avec pied repoussé en varus par le péroné (Voyez Kirmissou, *Revue d'artropédie,* 1913, p. 385).

Dans notre statistique nous comptons:

Garçons	5
Filles	8
Cas unilatéraux	11
Cas bilatéraux	2

Aucun de ces sujets n'a de malformation concomitante, aucun non plus n'a d'hérédité, tératologique ou autre.

Il y a là un fait qui confirme ce que nous *savons* sur l'ectromélie en général, mais qui est à mettre en opposition

avec les malades observés par Volkmann et chez lesquels la lésion était nettement héréditaire et familiale.

Nous ne voulons pas étudier ici l'état du tibia dans le membre à absence totale de péroné; cet os est toujours raccourci et M. Broca a fait voir par la thèse de Sebag, à laquelle nous *renvoyons*, que le développement insuffisant a certainement pour siège principal l'épiphyse tibiale inférieure. De même, il nous suffira de signaler l'incurvation, quelquefois très considérable, du tibia au 1/3 inférieur; nos dessins le font voir. Mais nous signalons que sur six sujets où l'on peut noter la chose — soit par observation détaillée, soit par dessins — il y a cinq fois une dépression cicatricielle de la peau, notée, au niveau de l'angle saillant, en avant de ce tibia. Nous insistons sur ce fait parce que MM. Rabaud et Hovelacque pensent qu'on a exagéré la fréquence de cette dépression et qu'on a eu tort de l'invoquer en faveur de l'action pathogénique d'une compression ou d'une adhérence amniotique.

Le tibia, à son extrémité supérieure, parait être habituellement normal ou à peu près et, selon une règle établie par Salmon, dans ces conditions l'extrémité inférieure du fémur est, elle aussi, bien constituée. C'est ce que l'on voit chez les sujets de M. Broca, sauf peut-être, et même probablement, autant qu'on en puisse juger radiographiquement sur un tout jeune enfant, dans les cas à atrophie si complète, publiés par Slovitch.

L'âge des sujets dont nous avons examiné les radiographies ne nous permet pas de conclure sur la fréquence et la nature du trouble dans l'évolution de la rotule ou des os du torse. Car les os dont il s'agit sont encore, à cet âge, cartilagineux, donc transparents aux rayons X et la rotule, en particulier, ne donne guère d'image avant trois ou quatre ans. Quant à la palpation, elle ne donne, surtout chez les tous jeunes sujets, que des renseignements assez peu probants. Au torse, le calcaneum semble dans tous

nos cas et dans ceux de Sebag, s'être développé en temps normal; il semble, au contraire, que l'astragule soit un peu en retard. Il est intéressant de constater sur la figure 8 (vue de profil) que le noyau du cuboïde existe en avant du calcaneum dans un cas où manque un orteil. C'est en effet l'os du tarse, dont on note quelquefois l'absence, associé à celle d'un *des orteils* (4e ou 5e), ou à celle de ces deux orteils, que normalement il porte.

La plupart des auteurs disent que l'absence concomitante d'orteil correspond à la majorité des cas: il en manque un, assez souvent deux, rarement trois, exceptionnellement quatre. Il est à remarquer que cette absence porte toujours sur les orteils externes, du même côté; par conséquent, que le péroné — quoique cet os soit, par certains aspects, à considérer en principe comme l'os interne — en connexion par les insertions du fléchisseur propre avec le gros orteil et non avec les deux derniers cuboïdiens; le fléchisseur commun étant à insertion tibiale.

Sur ce point, toutes les descriptions concordent et d'autre part, si l'on regarde nos schémas et ceux de Sebag, on se rend compte que tous les degrés existent, depuis l'absence d'un seul orteil, jusqu'à celle de quatre, comme c'était le cas pour la malformation complexe, étudiée par Slovitch. Mais, dans notre série, l'absence d'orteil ne correspond qu'à la moitié des cas. Sur treize observations, en effet, comportant 15 cotés malades, puisque il y a deux cas bilatéraux, on trouve 8 absences du péroné avec orteils normaux et 7 avec absence *concomitante* d'orteil. Pour Rabaud et Hovelacque, le cas le plus fréquent est l'absence de deux orteils. Notre statistique est un peu différente. Le cas le plus léger est celui de notre figure 3.

Il y a 5 orteils, mais seulement 4 métatarsiens. 4 fois il manque un orteil, une fois il en manque deux; deux fois il en manque trois; une fois il en manque quatre. Sur notre

I II III

Figures I et II. — Garçon de 4 mois ; de deux côtés orteils au complet (la bifurcation n'est qu'une apparence de superposition)

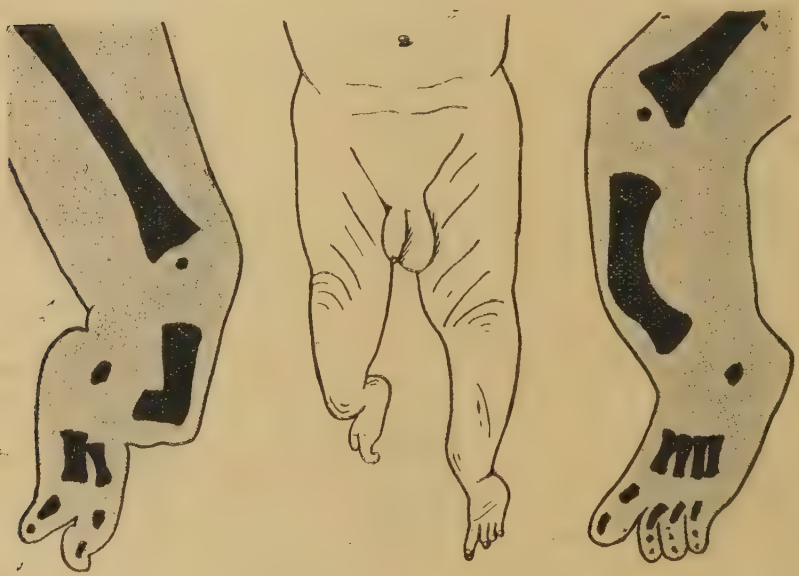
Figure III. — Garçon de 4 mois. Absence du 5e métatartien, mais il y a un 5e orteil. Cicatrice sur la convexité tibiale, Jambe raccourcie de 4 cm. 5

figure 4 où il n'y a que deux orteils, on notera la largeur considérable du premier métatarsien.

Les conséquences fonctionnelles de la malformation tiennent à l'atrophie générale du membre; à sa brièveté; à la direction du tibia.

L'atrophie est quelquefois considérable: c'est le cas, par exemple, de l'enfant représenté sur nos figures 4 à 6. Ordinairement l'atrophie est moindre, mais il y a un raccourcissement, important même, dont, comme nous

l'avons dit, M. Sebag a montré l'origine à l'épiphyse inférieure bien plus qu'à la supérieure, ce qui confirme l'aspect des épiphyses sur nos radiographies.



IV V VI

FIGURES IV, V et VI. — Garçon de 3 mois 1/2. Atrophie considérable du membre droit et légère du membre gauche. Tibia massif et incurvé ; cicatrice sur leur convexité. A gauche absence du 5e orteil et de son métatarsien ; à droite trois métatarsiens et deux doigts, le second *semblant n'avoir, lui aussi, que deux phalanges*.

Mais en outre de l'incurvation du tibia à concavité postérieure, il résulte qu'à un valgus, dû au défaut d'appui du péroné, s'ajoute un équinisme tel que la plante du pied regarde directement en arrière. D'après le dessin publié par Sebag et par nous-même, on voit que le tibia est à peu près rectiligne chez trois des sujets. Chez les autres, la question se pose de savoir si, quand ils seront un peu plus avancés en âge, il n'y aura pas lieu de re-

dresser l'axe du pied par osteothomie cuneïforme du tibia. Nos figures 4 et 7 en sont les cas extrêmes.

Evidemment, au côté droit de notre sujet représenté

VII VIII IX

FIGURE VII. — Garçon de 15 mois, n'a que deux orteils avec deux métatarsiens. Tibia peu incurvé (droite).

FIGURES VIII et IX. — Fille de 14 mois. Tibia peu incurvé ; absence du 5e orteil et de son métatarsien (gauche).

figures 4 à 7, la seule solution pratique consistera à faire l'amputation au lieu de l'élection; mais sur le côté gauche pour l'enfant représenté figure 3, on voit qu'il suffirait de redresser le tibia par ostéothomie cunéïforme pour permettre la marche sur la plante du pied, bien à plat, et sur un petit pilon à semelle supérieure, s'il y a un raccourcisse-

ment important. C'est ainsi que le tibia, étant naturellement droit, nous avons vu marcher une fille, étudiée par Sebag. Et chez celle-ci le *valgus* était à peu près nul: lorsque le valgus est important on fixe le pied en bonne position par une arthrodèse que M. Broca nous a dit avoir faite avec bon résultat sur un enfant dont l'observation a été égarée.

D'après ce que l'on voit sur l'incurvation du tibia, on pourrait craindre la pseudarthrose après cette ostéathomie. Or, dans un cas où M. Broca a opéré ainsi, cette crainte ne s'est pas réalisée. Une seule observation ne saurait rien prouver, et il s'agit peut-être d'un hasard heureux, mais peut-être aussi y a-t-il une différence dans la position du tibia, dans le cas de cette catégorie. En tous cas, si l'on voit un sujet avec cette difformité tibiale, à un âge où l'on peut songer à l'opération, le mieux est de commencer ainsi — car dans ces cas il n'y a que cela à faire, — ou à amputer, l'appareillage de ce pied en équinisme étant impossible. Or on a toujours le temps d'amputer si la tentative de conservation ne réussit pas.

Vu

Le Président de Thèse:

M. le P[r] A. BROCA.

Vu et PERMIS d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Vu

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

ROGER.

CONCLUSION

1° Dans notre statistique de 13 cas, il n'y a pas une seule absence partielle;

2° On a peut-être exagéré la fréquence des absences concomitantes d'orteil;

3° L'existence d'une cicatrice devant le tibia incurvé nous parait relativement fréquent;

4° On peut redresser avec succès la courbure tibiale par ostéothomie cuneïforme;

5° Le raccourcissement du tibia oblige ordinairement au port d'un appareil prothétique.

Angoulême
Imprimeries du Centre-Ouest
Anciens Etablissements
Vincent Père & Fils Réunis

Absence congénitale du radius